

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2025113

申请日期: 2025 年 2 月 10 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		男	2020年1月			广东省揭阳市	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号	是否残疾
	恶性脑肿瘤		中山大学孙逸仙纪念医院	2023年12月	30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	陈	40	健康				
	母亲	陈	36	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>30000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车 4、家庭困难类型: ☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明								
申请救助理由 (请详细描述)	孩子于2023年12月确诊第三脑室毛粘液样星形细胞瘤,并于当月行开颅手术,术后10个月发现复发,于2024年10月在中山大学孙逸仙纪念医院接受化疗治疗,疗程预计至少1年,另外后续还需进行放疗治疗。从2023年12月确诊后,已花费巨大,望有关部门给予支持。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025 年 2 月 10 日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿诊断: 星形细胞瘤 (第三脑室脑肿瘤) 明确颅内肿瘤切除术后按长龄新联合化疗治疗儿童低级别胶质瘤方案 (COG-A9952) 化疗, 预估费用贰拾万元。 医师签名: 2025 年 2 月 13 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元 (大写: 叁万零仟零拾零元零角零分) 负责人签名: 杨奕心 2025 年 2 月 19 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>20,000.00</u> 元 (大写: 贰万之整仟一佰一拾元零角一分) 负责人签名: 孙铭 2025 年 3 月 3 日 秘书处							



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

病童姓名: 陈 性别: 男 年龄: 5岁
病种: 无粒液样星型细胞瘤 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为陈的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2015年 3月 11日

【经数字签名认证】

中山大学孙逸仙纪念医院
疾病诊断证明

姓名:陈 性别:男 年龄:4岁11月13天 科室:儿科一区(血液肿瘤专科) 床号:10 住院号:

姓名:陈	住院号:	出生地:广东省揭阳市榕城县(区)
性别:男	年龄:4岁11月13天	科室:儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期:2024年12月25日 16时		出院日期:2025-01-27
临床诊断:星形细胞瘤(返院化疗);第三脑室脑肿瘤切除术后;左侧脑室腹腔分流术后;肾上腺皮质功能低下;中枢性尿崩症;甲状腺功能减退症;化疗后骨髓抑制IV度;药物性肝功能损害;肝大;低钠血症(II°);低钙血症(II°);低钾血症(I°);高钠血症(I°);胃肠功能紊乱		
治疗意见: 详见出院小结		
记录日期:2025-01-27 14:39		医生:黎阳 黎阳/黎阳 儿科一区

揭阳市榕城区榕东街南厝社区居民委员会

证 明

兹有我村村民陈[REDACTED]，男，身份证号码：
[REDACTED]，其儿子陈[REDACTED]，身份证号码：
[REDACTED]，因患脑肿瘤后，于2024年10月在广
洲治疗，父母无固定经济来源，生活困难，请有关单位方便
给予经济支持为盼。

特此证明

广东省揭阳市榕城区榕东街道
南厝村民委员会

2025年2月10日



